

Clinica Médica

Ortopedista CRM 00.0001

ATESTADO

Atesto que para os devidos fins, que o (a)

Sr (a) _____

Portador do RG: _____

Residente à: _____

esteve sob meus cuidados profissionais no período das ____ às ____ horas

do dia ____/____/____ Necessitando o(a) mesmo(a) de

de convalescença CID _____ .

Pindamonhangaba/SP ____/____/____ .

Assinatura/Carimbo

Contatos

